



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO

CURSO DE FARMÁCIA

JUSSARA SECUNDO DOS SANTOS

**INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS NA ADESÃO AO TRATAMENTO
FARMACOLÓGICO EM USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Lagarto – SE

Maio, 2017

JUSSARA SECUNDO DOS SANTOS

**INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS NA ADESÃO AO TRATAMENTO
FARMACOLÓGICO EM USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Trabalho de Conclusão de curso,
apresentado à Universidade Federal de
Sergipe, Campus Professor Antônio
Garcia Filho, como exigência para
obtenção do Diploma de Graduação de
Farmácia, sob a orientação do Prof. Dr.
Giuliano Di Pietro e Co-Orientação da
Profª Drª. Giselle de Carvalho Brito

Lagarto – SE

Maio, 2017

JUSSARA SECUNDO DOS SANTOS

**INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS NA ADESÃO AO TRATAMENTO
FARMACOLÓGICO EM USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Trabalho de Conclusão de curso,
apresentado à Universidade Federal de
Sergipe, Campus Professor Antônio
Garcia Filho, como exigência para
obtenção do Diploma de Graduação de
Farmácia, sob a orientação do Prof. Dr.
Giuliano Di Pietro e Co-Orientação da
Profª Drª. Giselle de Carvalho Brito

Aprovado em: 24/05/2017

Chiara Ermínia da Rocha

Profª Drª. Chiara Ermínia da Rocha

Elisdete Maria Santos de Jesus

Profª Mª. Elisdete Maria Santos de Jesus

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CAMPUS DE LAGARTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S237i Santos, Jussara Secundo dos
Intervenções farmacêuticas na adesão ao tratamento
farmacológico em usuários do centro de atenção psicossocial para
álcool e outras drogas/ Jussara Secundo dos Santos; orientador
Giuliano Di Pietro. – Lagarto/SE, 2017.
57 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) –
Universidade Federal de Sergipe, 2017.

1. Adesão medicamentosa. 2. Intervenção farmacêutica educacional. 3.
Saúde mental. I. Di Pietro, Giuliano. orient. II. Título.

CDU 615.1

Dedico este trabalho a minha família, uma grande amiga, meu filho e ao meu companheiro que estiveram presentes em toda essa trajetória, me dando forças para não desistir, enfrentando os momentos de alegrias e dificuldades ao meu lado.

“Quando Deus quer, não há quem não queira!”

Airton Sena

RESUMO

Introdução: A não adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico oferecido nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSad) pode afetar diretamente a reabilitação do usuário. Portanto, sugere-se que as Intervenções Farmacêuticas (IF) podem promover uma maior aderência ao tratamento, bem como uma melhor relação de colaboração do usuário na redução de danos. **Objetivo:** Avaliar o efeito de intervenções farmacêuticas (IF) na adesão ao tratamento farmacológico em usuários do CAPSad, localizado na cidade de Lagarto- SE, utilizando a Escala de Aderência a Medicamentos Morisky de oito itens (MMAS-8). **Metodologia:** A avaliação da aderência medicamentosa dos usuários do CAPSad se deu em dois momentos, logo antes e depois de duas semanas das IF. **Resultados:** Observou-se o aumento da adesão farmacológica por parte dos usuários do CAPSad após as intervenções farmacêuticas de 10% à 23,3% daqueles com alta adesão, de 13,3% à 26,7% com adesão média e redução de 76,7% à 50% dos usuários com baixa adesão. **Conclusão:** Com a realização de apenas uma IF, o número de usuários do CAPSad que passaram a mostrar maior aderência ao tratamento medicamentoso apresentou um aumento significativo ($p=0,008$). Pode-se também constatar que há uma grande escassez de profissionais farmacêuticos que trabalham na área psicossocial, sendo necessária a inclusão desse profissional no Programa de Saúde da Família.

Palavras-chaves: Adesão medicamentosa, intervenção farmacêutica educacional; saúde mental, usuários de drogas.

ABSTRAT

Introduction: Non-adherence to the pharmacological and non-pharmacological treatment offered at the Centers for Psychosocial Care for Alcohol and Other Drugs (CAPSad) can directly affect the rehabilitation of the user. Therefore, it is suggested that Pharmaceutical Interventions (PI) can promote the treatment adherence improvement, as well as a better collaboration relationship in harm reduction by user.

Objective: To evaluate the PI effect on pharmacological treatment adherence by CAPSad users, located in Lagarto city, Sergipe State, using MMAS-8. **Methodology:**

The assessment of medication adherence by CAPSad users occurred in two moments, just before and after two weeks of the PI. **Results:** The increase in pharmacological

adherence by CAPSad users after PI was observed from 10% to 23.3% of those with high adherence, from 13.3% to 26.7% with mean adherence and a reduction of 76% to 50% of users with low adherence. **Conclusion:** With only one PI, the number of

CAPSad users who showed improvement of medication adherence showed a significant increase ($p = 0.008$). It can also be verified that there is a pharmacists shortage who work in the psychosocial field, being necessary the inclusion of this professional in the Family Health Program.

Key words: medication adherence, pharmaceutical care; mental health, drug users.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos dependentes químicos (n=30) do CAPSad segundo o Perfil Sociodemográfico. Lagarto-SE, 2016.....	42
Tabela 2	Caracterização dos dependentes químicos (n=30) do CAPSad segundo a prática de atividades físicas. Lagarto-SE, 2016.....	43
Tabela 3	Caracterização dos dependentes químicos (n=30) do CAPSad segundo o Consumo de drogas lícitas e ilícitas. Lagarto-SE, 2016.....	44
Tabela 4	Caracterização dos dependentes químicos (n=30) do CAPSad segundo a adesão ao tratamento medicamentoso através da MMAS-8. Lagarto-SE, 2016.....	45
Tabela 5	Caracterização dos dependentes químicos (n=30) do CAPSad segundo a dificuldade para se lembrar de tomar todos os medicamentos psicotrópicos. Lagarto-SE, 2016.....	46
Tabela 6	Caracterização dos dependentes químicos (n=30) do CAPSad segundo a quantidade de fármacos prescritos. Lagarto-SE, 2016.....	47
Tabela 7	Tipos de medicamentos psicotrópicos utilizadas dependentes químicos (n=30) do CAPSad. Lagarto-SE, 2016.....	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Escala de Aderência a Medicamentos Morisky de oito itens (MMAS-8), modificada.....	23
----------	--	----

SUMÁRIO

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
1.1. CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSad).....	10
1.2. ADESÃO MEDICAMENTOSA.....	12
1.3. INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS.....	16
2. OBJETIVOS.....	18
2.1. OBJETIVO GERAL.....	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3. MANUSCRITO/ARTIGO CIENTÍFICO.....	19
3.1. INTRODUÇÃO.....	21
3.2. METODOLOGIA.....	22
3.3. RESULTADOS.....	27
3.3.1. Dados Sócio Demográficos, Hábitos relacionados à Saúde e Consumo de Drogas.....	27
3.3.2. Adesão Terapêutica.....	27
3.3.3. Uso de Medicamentos Psicotrópicos.....	28
3.4. DISCUSSÃO.....	28
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS.....	35
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
TABELAS.....	42
ANEXOS.....	49

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSad)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se caracterizam como serviços ambulatoriais e regionalizados onde os usuários recebem atendimento médico, atendimentos terapêuticos em grupos ou de forma individualizada, podendo participar de oficinas abertas, com atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais participantes do serviço, de maneira mais ou menos intensiva [1].

Os CAPS tem como prioridade o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes e se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços dividem-se em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil), CAPSad (álcool e outras drogas) II e CAPSad III [2, 3].

Os CAPS são compostos por equipes multidisciplinares com formações em nível médio e nível superior. Os profissionais de nível superior incluem enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio são auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha. Cada tipo de CAPS tem suas próprias características quanto aos tipos e à quantidade de profissionais [4].

O CAPS I é instalado em regiões de 20.000 a 70.000 habitantes e oferecem atividades de atendimento individual, atendimento em grupos, visitas domiciliares,

atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social. O CAPS II é instalado em regiões de 70.000 a 200.000 mil habitantes, e as atividades desenvolvidas são iguais as do CAPS I. A equipe técnica mínima será composta por maior número de profissionais. O CAPS III é instalado em regiões com mais de 200.000 mil habitantes e oferece serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana, com acolhimento noturno, nos feriados e nos finais de semana, com no máximo cinco leitos, para eventual repouso e/ou observação [2,5].

O Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPS I) é instalado em regiões com mais de 200.000 mil habitantes, oferecendo atendimento a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais severos e persistentes ou que sejam dependentes de álcool ou outras drogas. Conta com uma equipe multidisciplinar composta por duas psicólogas, uma médica e um médico psiquiatras, uma pediatra, duas assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um educador físico, um professor de música, duas auxiliares administrativas, uma cozinheira e uma servente [6].

O CAPSad é instalado em regiões com mais de 70.000 mil habitantes e presta atendimento a usuários com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, crack, álcool e outras drogas. Oferece atendimento diário, sendo apoiado por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária como internação domiciliar e inserção comunitária de serviços. Oferece atividades de atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação), atendimento em grupo, oficina terapêutica e visita domiciliar. Além disso, devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem [7].

O CAPS AD III é instalado em regiões com 200.000 a 300.000 mil habitantes oferece atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, funcionando vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados [2].

Todos os CAPS oferece tratamento em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Nesse sentido, o tratamento intensivo é aquele ofertado aos usuários que, em virtude da sua situação clínica, necessitam de acompanhamento diário. Já o semi-intensivo é o tratamento destinado aos usuários que precisam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, sem necessidade de estar diariamente no CAPS. Enquanto que o tratamento não intensivo é o atendimento que, dependendo do quadro clínico, o paciente pode ter uma frequência menor de visitas aos CAPS [5].

1.2. ADESÃO MEDICAMENTOSA

Pode-se definir adesão medicamentosa como um prolongamento do tratamento, em que os usuários acompanham as prescrições e orientações médicas. A adesão ocorre de forma parcial quando os usuários não utilizam as doses do medicamento por pelo menos 30% das vezes [8]. Pode ser definida também como o uso de medicamentos prescritos ou outros tipos de procedimentos em no mínimo 80% da sua totalidade, observando a posologia, as dosagens e a duração do tratamento [9].

Ainda, segundo Lingam e Scott (2002) *apud* Rosa (2006) “O termo ‘adesão ao tratamento’ reflete a extensão com que os pacientes seguem as recomendações médicas, em relação a uso de medicamentos, dieta, prática de exercícios e mudanças dos hábitos

de vida.” Hopfield et al (2006) relata que a adesão é apropriada quando os usuários seguem entre 76 a 91% da prescrição do profissional de saúde [10, 11].

Já a não adesão pode estar relacionada há inúmeros fatores, como a idade (jovens ou idosos), sexo (mulher ou homem), o tipo da doença (crônica ou aguda), problemas relacionados ao medicamento, tais como efeitos adversos, custo, horários de uso, fatores relacionados ao profissional de saúde que o acompanha ou aos cuidadores (relacionamento conturbado) e por último os fatores ligados ao usuário [12]. A não adesão ligada ao comportamento do usuário na administração dos medicamentos pode ser classificada em intencional ou não intencional. A não intencional está relacionada ao esquecimento, uso inadequado do medicamento ou confusão na utilização. Já a intencional está na decisão do usuário em abandonar o tratamento prescrito [13].

A maioria desses fatores ligados a não adesão permutam-se entre si, causando consequências como: a prevalência de sintomas psicóticos entre as crises, maiores índices de tentativas de suicídio, maior utilização dos serviços de emergência, aumento no número de reinternações e maiores gastos com a saúde. Isso acarreta em grandes prejuízos à qualidade de vida do usuário, danos nas atividades desenvolvidas diariamente, queda de produtividade, além dos desperdícios com medicamentos ofertados por instituições de forma gratuita. Dessa forma, sérias consequências ocorrem ao indivíduo que não aderiu ao tratamento e também ao sistema de saúde como um todo, por haver a saturação da rede e custos desnecessários com os serviços [11, 14].

Segundo Rosa e Elkis (2007) a adesão ou a não adesão medicamentoso pode influenciar na comprovação da eficácia de um tratamento. Cita ainda, que há grandes dificuldades na identificação do seguimento correto da farmacoterapia e eficácia do

tratamento pelo paciente, pois não se sabe exatamente se o paciente está ou não fazendo uso dos medicamentos prescritos [15].

Contudo, Santin e col. (2005) relatam que existem inúmeros métodos de medidas de adesão como: o auto-relato, o monitoramento terapêutico do fármaco ou metabólitos, medição de parâmetros fisiológicos, retil, contagem de pílulas, monitoramento eletrônico e escalas de adesão e, para os estabilizadores de humor, o método mais usado é o monitoramento do fármaco [8].

A escolha do melhor método para avaliar a adesão é difícil uma vez que todos apresentam vantagens e limitações. Após a avaliação da adesão e identificação dos problemas apresentados são propostas intervenções com o objetivo de aumentar a adesão do paciente. Devido ao caráter multifatorial da adesão, o engajamento de diferentes profissionais da saúde na identificação e resolução de problemas relacionados à adesão é imprescindível [13].

De acordo com Pittman e col. (2010), a baixa adesão afeta a evolução do quadro clínico do usuário e melhora na qualidade de vida, ocasionando muitos desfechos, como o aumento da morbimortalidade e dos gastos públicos com a saúde [16]. Miasso e col. (2009) relatam que em entrevista com usuários, foi relatado que estes não aderem ao tratamento medicamentoso de forma intencional e confirmam ter compreendido as recomendações passadas pela equipe de saúde e não tem dúvidas sobre os medicamentos utilizados. Contudo, apesar da satisfação sobre as informações, esses usuários, algumas vezes, descontinuam o tratamento intencionalmente, demonstrando dessa forma, que a falta de informação sobre o medicamento é uma das razões que propicia a não adesão, não sendo justificada por si só. Entretanto, a falta de adesão ao

tratamento é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os profissionais de saúde [17, 18].

Contudo, além desses fatores, a vontade de interromper o tratamento farmacológico se intensifica quando o usuário começa a sofrer com os efeitos colaterais, como boca seca, visão embaçada, constipação, retenção urinária, vertigem, ganho de peso e sonolência [19], entre outros. A partir daí, ele passa a imaginar que o medicamento é ineficaz, sem necessidade, e passa a observar como fica seu comportamento sem utilização destes. Entretanto, quando o usuário passa a adotar essas atitudes sem o conhecimento do profissional de saúde, estes, podem fazer ajustes desnecessários ao tratamento, incluir novos medicamentos, aumentar às doses já prescritas e até mesmo substituir a farmacoterapia, ocorrendo, desta forma, a ineficácia do tratamento e aumento do risco a saúde e segurança do usuário [20].

No Transtorno afetivo bipolar (TAB), por exemplo, a eficácia do tratamento se da pela adesão medicamentosa, com o uso regular dos medicamentos seguindo as orientações médicas. Na TAB, quando o tratamento não é realizado corretamente, acarreta em um aumento dos episódios de mania e quadros depressivos, hospitalizações e até mesmo o suicídio, prejudicando dessa maneira, a melhoria e a qualidade de vida, tanto dos usuários como dos seus familiares, sem falar que aumenta também os custos para o sistema de saúde [21, 22].

Contudo, vale ressaltar que a adesão ao tratamento é um processo muito complexo, que requer não somente a comunicação, como também uma gama de intervenções, onde os usuários necessitam de informações, precisam ser motivados e devem adquirir habilidades para usar estratégias de autocontrole cognitivo e comportamental [23].

1.3. INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades para melhorar as condições de vida e saúde do usuário, não se restringindo somente à cura de doenças. Fazendo-se necessário olhar o sujeito como um todo, em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas [1]. Com base nesse contexto, surge a importância dos profissionais de saúde, que convivem diariamente com usuários que buscam por uma condição de vida melhor, em várias unidades de saúde. Nesse âmbito, o CAPS que é composto por uma equipe multidisciplinar, pode contribuir de forma significativa, juntamente com o profissional Farmacêutico, no aumento da adesão ao tratamento pelos usuários.

O Farmacêutico pode contribuir fornecendo informações sobre os medicamentos que o paciente faz uso, a indicação e a posologia (dose, via de administração, frequência e duração) e a resposta (efetividade e segurança). Orienta também a respeito dos perigos da automedicação, e o uso de plantas medicinais, além de suplementos vitamínicos e vacinas, que muitas vezes não são considerados pelos usuários como medicamentos. Nesse momento é necessário valorizar o conhecimento das pessoas, suas crenças, cultura, condição social e como os medicamentos se encaixam em sua rotina diária, horários e hábitos [24].

A partir das informações obtidas, o Farmacêutico deve, segundo Vieira (2007), contribuir para a educação em saúde do usuário do sistema e da comunidade, informando sobre as condições que podem melhorar ou levar em risco sua saúde, além de orienta-los sobre o uso racional de medicamentos e explicar sobre as doenças mais prevalentes em seu meio, as formas de prevenção e como minimizar suas complicações [25]. Monteschi e col. (2010) apontam também a necessidade da participação dos

familiares na obtenção dessas informações, sendo alvo das intervenções para contribuir no planejamento do cuidado do usuário. Essas orientações devem ser de maneira clara, objetiva e esclarecendo as possíveis dúvidas do usuário e dos familiares, amenizando dessa forma os efeitos indesejáveis como também o uso abusivo e indevido dos medicamentos [26].

Segundo Lopes e Grigoletto (2011) a orientação farmacêutica é indispensável para o aumento da adesão a farmacoterapia com psicotrópicos, medicamentos mais utilizados no CAPS, que podem apresentar efeitos indesejáveis, fazendo com que o usuário abandone o tratamento. Além disso, Caley e Stimmel (2012) *apud* Manzini e col. (2015) citam que o uso desses medicamentos podem acarretar interações medicamentosas, efeitos adversos, culminando na baixa adesão ao tratamento [27, 28].

Entretanto, os farmacêuticos no ato das orientações farmacêuticas devem adotar medidas a fim de contribuir com a adesão do usuário ao tratamento, buscando esclarecer sobre a doença ou a indicação e benefícios do tratamento medicamentoso. Utilizando ferramentas lúdicas e ilustrativas para facilitar o uso correto do medicamento [29]. Contudo, a conscientização sobre o uso racional de medicamentos psicotrópicos deve fazer parte de um processo contínuo de vigilância por parte dos profissionais de saúde, sendo que esses medicamentos são parte da rotina desses profissionais. Entre os medicamentos psicotrópicos há uma incidência significativa de efeitos adversos como tontura, sonolência, vômito, cefaleia, diarreia, visão turva na maioria dessas classes. Ainda são detectados muitos outros problemas com menor ocorrência em cada tipo de medicamento, mas não menos prejudiciais [27].

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Avaliar o efeito de intervenções farmacêuticas (IF) na adesão ao tratamento farmacológico em usuários do CAPSad, localizado na cidade de Lagarto- SE, utilizando a MMAS-8.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover atividades educativas para o aumento da adesão;
- Informar, orientar e educar os usuários, a família e os cuidadores sobre temas relacionados à saúde, ao uso racional de medicamentos e a outras tecnologias em saúde;
- Elaborar material educativo destinado à administração correta dos medicamentos, para aumentar a adesão.

3. MANUSCRITO/ARTIGO CIENTÍFICO

Efeito de intervenções Farmacêuticas na adesão ao tratamento farmacológico em usuários do CAPSad no município de Lagarto – SE

Jussara Secundo dos Santos¹, Maraíza Alves de Oliveira¹, Giselle de Carvalho Brito¹, Chiara Ermínia da Rocha¹, Zulmira Maria Sandes Araújo², Jose Cícero de Alcantara², Giuliano Di Pietro^{3*}

¹Departamento de Farmácia, Campus Lagarto, Universidade Federal de Sergipe

²Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas, Lagarto, Sergipe

³Departamento de Farmácia, Campus São Cristóvão, Universidade Federal de Sergipe

*Autor Correspondente: Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Farmácia.

Av. Marechal Rondon s/n. Bairro Roza Elze, São Cristóvão, Sergipe,

Tel. 55 – 49 - 999993848; E-mails: dipietrobr@yahoo.com.br /

RESUMO

Introdução: A não adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico oferecido nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSad) pode afetar diretamente a reabilitação do usuário. Portanto, sugere-se que as Intervenções Farmacêuticas (IF) podem promover uma maior aderência ao tratamento, bem como uma melhor relação de colaboração do usuário na redução de danos. **Objetivo:** Avaliar o efeito de intervenções farmacêuticas (IF) na adesão ao tratamento farmacológico em usuários do CAPSad, localizado na cidade de Lagarto- SE, utilizando a Escala de Aderência a Medicamentos Morisky de oito itens (MMAS-8). **Metodologia:** A avaliação da aderência medicamentosa dos usuários do CAPSad se deu em dois momentos, logo antes e depois de duas semanas das IF. **Resultados:** Observou-se o aumento da adesão farmacológica por parte dos usuários do CAPSad após as intervenções farmacêuticas de 10% à 23,3% daqueles com alta adesão, de 13,3% à 26,7% com adesão média e redução de 76,7% à 50% dos usuários com baixa adesão. **Conclusão:** Com a realização de apenas uma IF, o número de usuários do CAPSad que passaram a mostrar maior aderência ao tratamento medicamentoso apresentou um aumento significativo ($p=0,008$). Pode-se também constatar que há uma grande escassez de profissionais farmacêuticos que trabalham na área psicossocial, sendo necessária a inclusão desse profissional no Programa de Saúde da Família.

Palavras-chaves: Adesão medicamentosa, intervenção farmacêutica educacional; saúde mental, usuários de drogas.

3.1. INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas tem aumentado nas últimas décadas. Os agravos oriundos da dependência química comprometem a saúde, a dinâmica familiar e social do usuário. A abordagem da dependência tem sido um desafio para a saúde pública, a qual atualmente segue um rumo alternativo, visando à redução de danos ao invés da extinção do uso. A prevenção é fundamental, contudo ações que possam minimizar os impactos do uso das drogas na rotina das pessoas, famílias e comunidades devem ser valorizadas [30].

Os serviços de tratamento para problemas decorrentes do uso de drogas no Brasil pertencem à rede pública de saúde, regida pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse âmbito, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas tem como principais componentes: a Atenção Básica, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), Ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas, a Atenção Hospitalar de Referência e a Rede de Suporte Social [31].

Para o tratamento da dependência química, síndrome de abstinência e intoxicações, causadas pelo uso abusivo de álcool e outras drogas são utilizados medicamentos psicotrópicos [32]. Contudo, falhas na adesão ao tratamento com esses medicamentos, em geral, decorrem do aparecimento de efeitos adversos em intensidade importante, acarretando o abandono do tratamento pelo usuário, comprometendo dessa forma, a eficácia do tratamento e recuperação [33].

Os CAPSad prestam atendimento diário aos usuários com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas como álcool, crack e outras drogas. Oferece atendimento individual, medicamentoso, psicoterápico, e de orientação,

além de atendimento em grupo, oficina terapêutica, visita domiciliar e outras práticas de atenção comunitária como internação domiciliar e inserção comunitária em serviços. O CAPSad é apoiado por leitos psiquiátricos em hospital geral, além de oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial para aqueles usuários que necessitem [34].

A Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens (MMAS-8) apresenta confiabilidade, e foi criada com o objetivo de determinar a adesão a tratamentos anti-hipertensivos, complementada com itens adicionais delineados para abordar vários aspectos do comportamento aderente ao tratamento medicamentoso. Foi traduzida e validada no Brasil por Oliveira-Filho e col. 2012 [35]. Portanto, considerando que a Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que o consumo excessivo de drogas é uma doença crônica e recorrente, constituindo um problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade [12] e que, a adesão ao tratamento oferecido pelo CAPSad aos usuários é fundamental na redução de danos e na completa reabilitação, o objetivo deste estudo foi avaliar o efeito de intervenções farmacêuticas (IF) na adesão ao tratamento farmacológico em usuários do CAPSad, localizado na cidade de Lagarto- SE, utilizando a MMAS-8.

3.2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo longitudinal com intervenções antes e depois, no período entre Julho e Agosto de 2016 com usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad) "JOÃO ROSENDO DOS SANTOS" na cidade de Lagarto-SE, por meio da aplicação de um instrumento baseado na Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens (Morisky Medication Adherence Scale: MMAS-8), traduzido e padronizada

para o português por Oliveira-Filho e col, 2012 [35]; e modificada pelos autores para realização do presente estudo (Figura 1). O instrumento foi aplicado por acadêmicos de Farmácia previamente treinados e acompanhados por preceptores que trabalham na instituição. Este estudo foi uma das atividades realizadas pelo grupo vinculado ao Programa de Educação Tutorial em Saúde (PET-SAÚDE) Rede de Atenção Psicossocial. O estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe com o número CAAE: 34640914.5.0000.5546.

Figura 1- Perguntas que compõe a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens (MMAS-8).

MMAS-8	
Hora de Início: _____	Hora de Término: _____
1) Você às vezes esquece de tomar os seus medicamentos psicotrópicos?	
2) Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus medicamentos psicotrópicos?	
3) Você já parou de tomar seus medicamentos psicotrópicos ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?	
4) Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?	
5) Você tomou seus medicamentos psicotrópicos ontem?	
6) Quando sente-se bem, você às vezes para de tomar seus medicamentos?	
7) Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento?	
8) Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios psicotrópicos? Nunca/ Quase Nunca/ Às Vezes/ Frequentemente/ Sempre	

Fonte: Oliveira-Filho e col, 2012 [35], modificado.

O CAPSad em Lagarto, iniciou suas atividades no ano de 2009 funcionando de segunda a sexta- feira, das 07:00h às 17:00h, sendo um serviço de portas abertas, com

uma média diária de atendimento de 15 usuários, podendo chegar a 30 nos dias de atendimento médico. A equipe é multidisciplinar e conta com Clínico geral, Médico Psiquiatra, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Professor de Educação Física, Assistente Social, Gerente, Auxiliar Administrativo, Oficineiro, Recepcionista, Serviços Gerais, e Vigilante Patrimonial. Entretanto, não conta com os serviços e cuidados do profissional Farmacêutico.

Todos os usuários em tratamento intensivo no CAPSad foram convidados a participar, entretanto apenas 30 completaram todas as etapas do estudo. A escolha dos usuários foi feita considerando como critério principal de inclusão o uso de medicamentos psicotrópicos. O preenchimento desse critério era demonstrado pelo registro desses dados no prontuário médico que foi examinado, momentos após a aplicação dos instrumentos, pois os usuários, em sua maioria, não sabiam o nome e nem a dosagem dos medicamentos que faziam uso. Outros critérios de inclusão foram idade igual ou superior a 18 anos e estar em seguimento nas atividades oferecidas no CAPSad. Foram excluídos usuários que não apresentavam condições de se comunicar.

Em Julho de 2016 foi aplicado um instrumento para a coleta de informações sócio- demográficas afim de investigar as seguintes variáveis independentes: sexo, idade, escolaridade, ocupação atual, além de comportamentos relacionados à saúde como: prática de atividades físicas, uso de fumo, consumo de maconha, bebida alcoólica, cocaína/crack ou outras drogas, além de identificar reações adversas aos medicamentos e outras comorbidades. Nesse mesmo período foi feita a análise dos prontuários, onde os pesquisadores identificaram os medicamentos psicotrópicos de uso contínuo.

Logo após a aplicação do instrumento para coleta dos dados sócio-demográficos foi utilizada a MMAS-8 para verificar a adesão medicamentosa dos usuários participantes deste estudo. A aplicação do MMAS-8 ocorreu em dois momentos, antes das IF e depois de duas semanas para avaliarmos a adesão farmacoterapêutica. A coleta das informações aconteceu individualmente em uma sala reservada no CAPSad. Após a aplicação do questionário sócio-demográfico e da escala MMAS-8, ocorreram as IF educativas.

As intervenções farmacêuticas foram realizadas, utilizando vídeos educativos e palestras de fácil entendimento com rodas de conversas. Os temas foram: 1) o papel do farmacêutico no CAPSad; 2) administração correta dos medicamentos prescritos; 3) uso racional de medicamentos; 4) riscos da não adesão ao tratamento; 5) utilização concomitante de plantas medicinais e drogas psicotrópicas; 6) automedicação e 7) armazenamento adequado dos medicamentos. Todas as atividades realizadas tiveram o acompanhamento dos profissionais da instituição e estudantes do curso de Farmácia.

Além dos vídeos e palestras, foram utilizadas tabelas que ilustravam os horários de administração dos medicamentos para facilitar o entendimento da posologia dos mesmos e possibilitar uma maior compreensão da posologia, proporcionando o aumento da adesão medicamentosa. A tabela é composta pela identificação do paciente, data, imagens com os símbolos da manhã, almoço, tarde e noite, para orientar sobre o período do dia, horário, dose, o medicamento a ser tomado e como deve ser utilizado.

Além de promover atividades educativas para contribuir com o aumento da adesão medicamentosa, foram realizadas outras ações para a promoção da saúde dos usuários, como: informar, orientar e educar os usuários, a família e os cuidadores sobre temas relacionados à saúde e ao uso racional de medicamentos. Foi elaborado material

educativo destinado à administração correta dos medicamentos, para auxiliar seu uso racional. Esclareceram-se dúvidas relacionadas à doença e aos medicamentos. Orientou-se sobre o uso correto dos medicamentos e os tratamentos não farmacológicos.

A MMAS-8 é composta por oito perguntas fechadas de caráter dicotômico sim/não, formuladas para evitar o viés de respostas positivas dos usuários [36,37]. Desse modo, cada item mensura um comportamento aderente específico, com sete perguntas que devem ser respondidas negativamente e apenas uma, positivamente, sendo a última questão respondida segundo uma escala de cinco opções: nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente, sempre. “O grau de adesão terapêutica foi determinado de acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas: alta adesão (oito pontos), média adesão (6 a < 8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos)” [38]. No presente estudo, foram considerados aderentes aqueles pacientes com pontuação igual a oito na MMAS-8 [35] (Figura 1).

A análise dos dados foi realizada utilizando o programa SPSS 20.0. Para avaliar a significância estatística da associação ($p \leq 0.05$) entre as variáveis dicotômicas, foi utilizado o teste de McNemar's, e para as ordinais utilizou-se o teste de Wilcoxon Signed Rank. Foi considerado para realização de todos os testes estatísticos um intervalo de confiança de 95% e as diferenças foram consideradas estatisticamente significantes caso o valor de p fosse menor ou igual a 0,05.

3.3. RESULTADOS

3.3.1. Dados Sócio Demográficos, Hábitos relacionados à Saúde e Consumo de Drogas

Concordaram em participar do estudo 30 usuários ativos do CAPSad. A idade dos usuários variou entre 24 a 63 anos, com média de 42,93 anos, sendo 93,3% da amostra do gênero masculino. O índice de analfabetos foi de 56,7% e desempregados de 40% (Tabela 1). Em relação à prática de atividades físicas 43,4% dos pacientes praticavam algum exercício físico. (Tabela 2). O consumo de bebidas alcoólicas (76,7%) e o tabagismo (66,6%) foram os mais relatados pelos usuários, seguidos do uso da maconha (36,7%), cocaína (13,3%) e crack (13,3%) (Tabela 3).

3.3.2. Adesão Terapêutica

A adesão terapêutica foi determinada por meio da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens modificada para o estudo (Figura 1). A taxa de alta adesão terapêutica na primeira entrevista foi de 10% entre os usuários entrevistados. A porcentagem de pacientes que apresentaram média adesão foi de 13,3%. Enquanto que 76,7% apresentaram baixa adesão terapêutica. Na segunda aplicação da escala, após as IF, a adesão terapêutica teve uma melhora significativa, sendo que a porcentagem de pacientes que passaram a apresentar alta adesão foi de 23,3%, média adesão 26,7% e baixa adesão reduziu para 50,0% (Tabela 4).

Analisando separadamente as questões da MMAS-8, correram diferenças significativas nas perguntas: “Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus medicamentos?” ($p= 0,008$); “Quando você viaja ou sai de casa, às

vezes esquece de levar seus medicamentos?” ($p=0,021$) (Tabela 4). Em relação à frequência na dificuldade em lembrar-se de fazer o uso dos medicamentos psicotrópicos, houve uma diminuição do quesito “sempre esqueço” e um aumento do quesito “nunca esqueço” ($p=0,005$) (Tabela 5).

3.3.3. Uso de Medicamentos Psicotrópicos

Os fármacos mais utilizados pelos usuários pesquisados estão descritos na Tabela 6. A monoterapia com psicotrópicos foi prescrita para 36,7% dos usuários, sendo que 36,7% estavam em uso de dois fármacos psicotrópicos e 23,3% estavam em uso de três ou mais fármacos. Os medicamentos psicotrópicos mais prescritos foram: Diazepam (24,6%), Carbamazepina e Haloperidol (17,5%), Prometazina e Levomepromazina (14%). (Tabela 7).

3.4. DISCUSSÃO

O predomínio do sexo masculino em relação ao sexo feminino encontrado em nossa pesquisa esta em conformidade com dados de outros estudos realizados no Brasil [39,40]. Monteiro et al, 2011, cita que “o sexo masculino, a adolescência, a baixa perspectiva de trabalho e a desestruturação familiar guardam relação com o aumento do contato e consumo de drogas” [40]. Já a baixa prevalência do sexo feminino em tratamento no CAPSad justifica-se pelo preconceito que as mulheres sofrem perante a sociedade, sentimentos de culpa, vergonha, medo e baixa autoestima [41].

Em um estudo conduzido nos Estados Unidos com jovens, demonstrou-se que o homem é 1,61 vezes mais propenso a relatar beber mais cedo do que as mulheres (OR = 1,61). Os dados sugerem que beber além dos limites faz parte da socialização masculina e identidade, demonstrando que os homens são mais vulneráveis ao alcoolismo [42]. Da mesma forma, uma pesquisa realizada em Londres mostra que indivíduos do sexo masculino e caucasianos são mais propensos a relatar que bebem perigosamente [43], assim como na África do Sul, o consumo de álcool é muito mais comum em homens do que mulheres [44].

Estudos também identificaram diferenças nas razões que levam mulheres e homens a iniciar o uso de drogas. Dados da pesquisa de Henderson e col. (2015) apontam que as mulheres, em geral, iniciam o uso de drogas levadas pelo companheiro, enquanto os homens o fazem com os amigos [45]. Em outra pesquisa analisando o uso de drogas por estudantes do ensino médio em Aracaju/SE, foi observada uma diferença no padrão das drogas utilizadas entre os diferentes gêneros. Para os homens, a preferência se dá ao uso de álcool, inalantes, cocaína e maconha, enquanto as mulheres preferem usar medicamentos, como anorexígenos e tabaco [46].

No Brasil, o primeiro levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira, realizado entre 2005 e 2006, apontou que 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebiam pelo menos uma vez ao ano. Os homens representavam 65% e as mulheres 41% do total. No grupo dos adultos que bebiam, 60% dos homens e 33% das mulheres consumiram 5 doses ou mais por ocasião no último ano. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebiam todos os dias e 28% consumiam bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana [47].

Os dados sócio-demográficos aqui descritos como baixa escolaridade e desemprego entre usuários de álcool é uma característica predominante dentre aqueles que procuram um acompanhamento nos CAPSad. As razões para o consumo de álcool são essencialmente psicológicas, e incluem fatores sociais, do lidar com o próximo, principalmente familiares, e outros motivos de conformidade. Em estudos realizados com jovens australianos, os motivos sociais foram referidos como mais importantes entre aqueles com problemas relacionados ao álcool. Também um estudo coreano entre trabalhadores do sexo masculino traz que os motivos sociais foram os mais encontrados entre os que apresentavam problemas com álcool [48].

O álcool e o tabaco se mostraram as drogas mais consumidas na população avaliada com uma diferença significativa das demais, assim como em outros estudos [49,50]. Isso se deve basicamente, por o álcool ser droga lícita e de fácil acesso para a população, apesar de proibição à venda para menores de 18 anos. Muitas vezes seu uso é indiscriminado, tanto que muitos pais e familiares consomem bebidas alcoólicas em frente as crianças e, em algumas situações, adultos oferecem bebidas para estes [51]. Além disso, estudos conduzidos na Nova Zelândia e nos Estados Unidos mostram que o fato do indivíduo beber antes dos quatorze anos é um fator preditor para este cometer uso abusivo com frequência ou mesmo tornar-se dependente do álcool durante a idade adulta [52, 53, 54].

Conforme o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2009), a utilização de drogas pode acontecer como uma maneira de obtenção de prazer, de amenizar ansiedade, tensão, medos e até de aliviar dores físicas. Quando utilizada de forma abusiva e repetitiva sem o controle do consumo, frequentemente a droga pode ocasionar dependência. Essa dependência pode ser de fundo psicológico ou fisiológico, sendo que, no primeiro tipo, quando há interrupção do uso da substância,

aparece sensação de desconforto e mal-estar, bem como aumento da ansiedade e sensação de vazio. Já no segundo tipo, a dependência apresenta sintomas físicos quando o indivíduo não utiliza a droga, conhecido como “síndrome de abstinência” [55].

Segundo Ferreira e col. (2015) os usuários de múltiplas drogas e crack aderem menos ao tratamento, comparados aos que fazem o uso somente do álcool [56]. Foi possível observar, durante as IF, que os usuários apenas de álcool, em sua maioria, foram mais motivados a mudar seus hábitos de saúde. O que dificultava sua adesão ao tratamento era o fato de esquecerem o horário de tomar seus medicamentos e não tomarem a dosagem correta.

De acordo com a literatura, a baixa adesão prejudica a evolução clínica do paciente e sua qualidade de vida, causando desfechos adversos, tais como o aumento da morbimortalidade e dos gastos em saúde [16]. No Transtorno afetivo bipolar (TAB), por exemplo, a eficácia do tratamento se dá pela adesão ao tratamento, com o uso regular dos medicamentos seguindo as orientações médicas. No TAB quando o tratamento não é realizado corretamente, acarreta em um aumento dos episódios de mania e quadros depressivos, hospitalizações e até mesmo o suicídio, prejudicando dessa maneira, a melhoria e a qualidade de vida, tanto dos usuários como dos seus familiares, além do aumento dos custos para o sistema de saúde [21, 22].

Estudo realizado na Arábia Saudita mostra que a adesão medicamentosa antidepressiva é um passo essencial no tratamento de pacientes com transtornos psicológicos, e vários fatores podem contribuir para a não adesão ao tratamento com os psicotrópicos. Fatores associados às crenças dos usuários e a satisfação são muito importantes para adesão e sucesso do tratamento [57].

Um fator relevante que contribuiu para o aumento da adesão é à participação da família durante as atividades de orientação sobre o uso racional de medicamentos. O preenchimento de tabelas com a posologia correta e dosagem dos medicamentos, e ainda orientações sobre a importância da participação dos usuários nas oficinas terapêuticas também foram imprescindíveis. Como dito anteriormente, a família, segundo Ferreira e col. (2015), é de suma importância para a reabilitação e adesão do usuário, participando ativamente das reuniões familiares ou incentivando o usuário a participar. Contudo, quando não há esse apoio, observam-se dificuldades na manutenção do tratamento. O autor cita também que a família precisa reconhecer que a dependência química é uma doença crônica que requer tratamento e não uma falta de moralidade ou irresponsabilidade dos dependentes químicos [56].

O usuário precisa aderir aos tratamentos prescritos e seguir todas as orientações do profissional de saúde para sua recuperação. A não aderência ou baixa aderência dos usuários do CAPSad que fazem uso de medicamentos psicotrópicos antes das IF chegava a quase 80%, sendo que a maioria apresenta um comportamento não intencional, ou seja, esqueciam de tomar os medicamentos, fazem o uso inadequado do medicamento ou confundiam a hora da utilização [13]. Os que apresentam um comportamento intencional, ou seja, o usuário toma a decisão de abandonar o tratamento prescrito muitas vezes o fazem por falta de conhecimento ou informação adequada sobre o uso dos medicamentos.

Miasso e col. (2009) relatam que, em entrevista com usuários de um serviço de saúde mental, estes falam que não aderem ao tratamento medicamentoso de forma intencional, mesmo confirmando ter compreendido as recomendações passadas pela equipe de saúde e não terem dúvidas sobre os medicamentos utilizados. Contudo, apesar da satisfação sobre as informações, esses usuários, algumas vezes, descontinuavam o

tratamento intencionalmente, demonstrando dessa forma, que a falta de informação sobre o medicamento é uma das razões que propicia a não adesão, não sendo justificada por si só [17]. Entretanto, a falta de adesão ao tratamento é um impedimento para o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em uma fonte de frustração para os pacientes e profissionais de saúde [18]. Segundo um estudo realizado em Boston (EUA), a adesão medicamentosa, dificultava-se quando a pessoa afetada não tinha um cônjuge ou parceiro, sofria com as reações adversas, ou idade mais jovem [58].

A Escala de Adesão Medicamentosa de Morisky de oito itens (MMAS-8) é um dos métodos de determinação da adesão terapêutica mais utilizada, com confiabilidade de 0,83. Criada com o objetivo de determinar a adesão a tratamentos anti-hipertensivos foi desenvolvida a partir da MMAS-4 e complementada com itens adicionais delineados para abordar vários aspectos do comportamento aderente [35]. Os resultados mostraram que a MMAS-8 foi um instrumento extremamente útil na avaliação e monitoramento do uso dos medicamentos pelos usuários do CAPSad investigados, proporcionando um trabalho individualizado e em conformidade com as respostas obtidas.

Na China um estudo com a utilização da escala MMAS-8 mostrou-se muito importante para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes que sofrem de epilepsia. Segundo os autores, avaliar a adesão com a escala de Morisky pode ser capaz de prever a frequência de convulsões e os efeitos secundários em situações clínicas que, conseqüentemente, resultarão em uma melhor gestão da epilepsia na China [59].

Com base nessas informações e nas características observadas nos usuários do CAPSad aqui estudados demonstrou-se que, a partir das ações desenvolvidas nas IF sobre a importância do uso correto e racional dos medicamentos prescritos,

esclarecendo todas as dúvidas sobre os medicamentos, e falando dos efeitos esperados de cada fármaco, mostrou-se eficaz para o aumento da adesão terapêutica pelos usuários incluídos no estudo.

Entre os usuários aqui avaliados, o medicamento psicotrópico mais utilizado foi o diazepam, seguido pela carbamazepina e fenobarbital, prescritos principalmente para suprimir a ansiedade e consequentemente a adicção do paciente, assim como abolir convulsões. Entretanto, estes medicamentos causam muitos efeitos adversos, incluindo tontura, ataxia e sonolência, o que leva ao baixo grau de adesão. Sugere-se também que o diazepam está entre os mais prescritos por fazer parte da lista de medicamentos essenciais, disponível de forma gratuita, tornando-se mais acessível aos usuários. Mesmo pelo fato desse medicamento ser distribuído gratuitamente isso não se reverte em uma maior adesão ao tratamento [9,60].

O uso do medicamento não é o único recurso terapêutico que auxilia na melhoria da qualidade de vida e reabilitação do dependente químico. Os mesmos precisam também contemplar as outras modalidades terapêuticas, como as psicoterapias, plano terapêutico singular, oficinas, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, entre outros [61]. Cardoso e Galera (2009) falam que um dos fatores que influenciam no uso incorreto do medicamento é o tempo de uso, por que com o passar do tempo o usuário apresenta desmotivação para o uso contínuo e regular dos medicamentos [62].

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS/ PERSPECTIVAS

A realização de apenas uma intervenções farmacêuticas (IF) foi suficiente para aumentar a aderência medicamentosa de forma significativa entre a população estudada. A realização de atividades educativas, distribuição de material para o auxílio da manutenção dos tratamentos prescritos somados a participação da família demonstraram serem instrumentos bastante eficazes na mudança de comportamento dos dependentes químicos em relação a aderência medicamentosa e redução de danos.

Entretanto ainda há muito a se realizar, pois, periodicamente ocorre a saída e entrada de novos usuários no sistema, com dúvidas e necessidades diferentes, tendo em vista que no Brasil os medicamentos psicotrópicos são as causas mais frequentes de intoxicação medicamentosa, ressalta-se a importância da atenção farmacêutica nesse cenário. Há uma grande escassez de profissionais farmacêuticos que trabalham na área psicossocial, sendo necessária a inclusão desse no Programa de Saúde da Família. Conhecimento e treinamento adequados são imprescindíveis para prestar a orientação aos dependentes químicos usuários de medicamentos psicotrópicos, com o propósito do aumento da adesão ao tratamento, com uso racional e seguro.

Também se faz necessário que os prescritores simplifiquem os regimes posológicos, adequando-os aos hábitos de vida do paciente, e sempre que possível, os farmacêuticos devem buscar “resolver os problemas reais relacionados ao medicamento e prevenir os potenciais efeitos colaterais”, como preconiza a atenção farmacêutica [63].

AGRADECIMENTOS

A Prefeitura e a equipe do CAPSad do município de Lagarto, Sergipe, aos pacientes e familiares que participaram do estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses neste estudo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 130 de 26 de Janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Ministério da Saúde.** Gabinete da união, 2012.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, 2005.
4. FERREIRA, Jhennipher Tortola. et al. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Rev. Saberes**, Rolim de Moura, vol. 4, n. 1, jan./jun., p. 72-86, 2016. ISSN: 2358-0909.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336** de 19 de fevereiro de 2002. p. 9, 2002.
6. BOTTONI, Francine Delavald; RAUPP, Luciane Marques. Experimentações em um CAPS Infantil: embalos, criações, intensidades. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 78-95, abr. 2014.

7. SOUZA, Jacqueline de. et al. Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):210-7.
8. SANTIN, A.; Ceresér, K.; Rosa, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, p. 105–109, 2005.
9. LEITE, Silvana Nair; Vasconcellos, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo , v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.
10. ROSA, Adriane Ribeiro et al . Monitoramento da adesão ao tratamento com lítio. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 33, n. 5, p. 249-261, 2006.
11. HOPFIELD, J.; Linden, R. M.; Tevelow, B. J. Getting patients to take their medicine. **McKinsey Quarterly**. (2006).
12. LYRA JÚNIOR, D. P. DE et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 435–441, 2006.
13. LEITE, Isabela Rosa de Camargo. **Atenção Farmacêutica: Adesão ao tratamento**. Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara “Júlio de Mesquita Filho” Araraquara-SP 2013. 99f
14. SILVA, Tatiana Fernandes Carpinteiro da et al . Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 61, n. 4, p. 242-251, 2012 .
15. ROSA, Moacyr Alexandre; ELKIS, Hélio. Adesão em esquizofrenia. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 34, supl. 2, p. 189-192, 2007 .
16. PITTMAN, DG; Tao, Z; Chen, W; Stettin, GD. Antihypertensive medication adherence and subsequent healthcare utilization and costs. **Am J Manag Care**. 2010;16(8):568-76.
17. MIASSO, A. I.; Monteschi, M.; Giaccherio, K. G. Bipolar affective disorder: medication adherence and satisfaction with treatment and guidance by the health team in a mental health service. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 548–556, ago. 2009.
18. JESUS ES, Augusto Mao, Gusmão J, Mion-Jr D, Ortega K, Pierin AMG. Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance. **Acta Paul Emferm** 2008;21(1):59–65

19. ANDRADE, Márcia de Freitas; Andrade, Regina Célia Garcia de; Santos, Vania dos. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo , v. 40, n. 4, p. 471-479, Dec. 2004.
20. VEDANA, K. G. G. et al. Agindo em busca de alívio: enfrentamento da esquizofrenia e dos incômodos ocasionados pelo tratamento medicamentoso DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v12i1.20342. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 365–373, 2013.
21. STUART, GW; Laraia, MT. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
22. GREENHOUSE, WJ; Meyer, B; Johnson, SL. **Coping and medication adherence in bipolar disorder**. J Affect Disord 2000; 59(3):237-41.
23. RODRIGUES, Paulo Machado. **Efetividade de intervenção educativa no controle da pressão arterial de hipertensos**: estudo randomizado e controlado. Universidade de Guarulhos. 87f; 30 cm. Mestrado em Enfermagem. Centro de Pós graduação e Pesquisa. Guarulhos, 2011.
24. CORRER, C. J.; Otuki, M. F. **Método Clínico de Atenção Farmacêutica** . Março/2011. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistencia-farmacutica/otuki-metodoclinicoparaatencaofarmacutica.pdf> acesso em 31 de Outubro de 2011.
25. VIEIRA, Fabiola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 213-220, Mar. 2007 .
26. MONTESCHI, M.; Vedana, K.; Miasso, A. Medication therapy: knowledge and difficulties of relatives of elderly people with bipolar affective disorder. **Texto & Contexto**, v. 19, n. 4, p. 709–718, 2010.
27. LOPES, M. B., & GRIGOLETO, R. L. Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais da saúde. **Brazilian Journal of Health**, (2011) 2, 1–14.
28. MANZINI, Fernanda; et al. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS : diretrizes para ação** / Fernanda Manzini...[et al.]. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p.
29. ZANELLA, Carolina Gomes; Aguiar, Patricia Melo; Storpiotis, Sílvia. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no município de São Paulo, SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 325-332, Feb. 2015.

30. Lima LM. **Redução de danos e prevenção do uso de drogas**: plano de ação da EFS São Francisco de Conceição das Alagoas – MG. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. UBERABA / MG 2014.
31. MORAES M. Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2008;13(1):121-133
32. SUPERA- Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6. 7. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. 152 p.
33. Sharovsky LL, Gonçalves SCS, Vieira PR, Camargo N, Soares L, Romano BW. A percepção do paciente sobre adesão à medicação antidepressiva. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina 2013;4(1):2-14.
35. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra Jr DP. Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control. **Arq Bras Cardiol** 2012;99(1):649-658.
36. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. **J Clin Hypertens** (Greenwich). 2008; 10(5):348-54.
37. Voils CI, Hoyle RH, Thorpe CT, Maciejewski ML, Yancy WS Jr. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence. **J Clin Epidemiol**. 2011;64(3):250-4.
38. Krousel-Wood M, Islam T, Webber LS, Re RN, Morisky DE, Muntner P. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. **Am J Manag Care**. 2009;15(1):59-66.
39. Di Pietro G, Silva RMR, Santos JC, Santana TS, Rezende BAM, Santana APA, Oliveira MA, Santos CB, Santos JS, Souza AA, Santos JCS, Silva RCR, Santos LKL, Souza NJP, Lima FRS, Souza ICF, Cezar CF, Alcantara JC, Barros RG, Silva DS, Freire JM, Santos SC, Lima CM. Features and factors associated with drinking problems or illegal drugs use: a cross sectional cohort study with patients of a psychosocial care service. **Applied Clinical Research, Clinical Trials & Regulatory Affairs** 2016; 3:1-9.
40. Monteiro CFC, Fé LCM, Moreira MAC, Albuquerque IEM, Silva MG, Passamani MC. Sociodemographic profile and adhesion to treatment for alcohol dependents at CAPS-ad in Piauí State. Anna Nery **Rev Enferm** 2011;5(1):90-95.

41. Assis DFF, Castro NT. Alcoholism in women: the beginning of drinking and the search for treatment. **Textos & Contextos** 2010;9(2):358-370.
42. Porche MV, Fortuna LR, Wachholtz A, Stone RT. Distal and proximal religiosity as protective factors for adolescent and emerging adult alcohol use. **Religions** 2015;6(2):365-384.
43. Isted A, Fiorini F, Tillmann T. Knowledge gaps and acceptability of abbreviated alcohol screening in general practice: a cross-sectional survey of hazardous and non-hazardous drinkers. **BMC Family Practice** 2015; 16:72.
44. Leslie HH, Ahern J, Pettifor AE, Twine R, Kahn K, Gómez-Olivé FX, Lippman SA. Collective efficacy, alcohol outlet density, and Young men's alcohol use in rural South Africa. *Health & Place* 2015; 34:190–198.
45. Henderson DJ, Boyd CJ, Mieczkowski T. Gender, relationships, and crack cocaine: a content analysis. **Research Nurse Health** 1994;17:265-272.
46. Santos AMB, Di Pietro G, Xavier Filho L. Drug use by high school students in Aracaju-SE. **Revista Espaço para a Saúde** 2008;10:47-52.
47. Mascarenhas MDM, Neves ACM, Monteiro RA, Silva MMA, Malta DC. Emergency room visits due to external causes and alcohol consumption - Capitals and the Federal District, Brazil, 2011 **Cienc Saude Coletiva** 2015;20(4): 1037-1046.
48. Lee EK, Kim OS, Hong JY. Characteristics and Factors Associated with Problem Drinking in Male Workers. **Asian Nurs Res** 2015;9(2):132-7.
49. Dierker L, Stolar M, Richardson E, Tiffany S, Flay B, Collins L, Mimi Nichter, Mark Nichter, Steffani Bailey, Richard Clayton, and the Tobacco Etiology Research Network (TERN). Tobacco, alcohol, and marijuana use among first-year U.S. College students: a time series analysis. **Substance Use & Misuse** 2008;43(5):680-99.
50. Kolsek M, Struzzo P, Svab I. Qualitative study on community and primary health care involvement on alcohol and tobacco actions in seven European Countries. **Substance Use & Misuse**. 2008;43(3-4):303-16.
51. Suárez RES, Galera SAF. Parent discourse on legal and illegal drugs use perceived by university students. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2004;12:406-11.
52. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Drug use prevalence and school performance among teenagers. **Rev Saúde Pública**. 2001;35(2):150-158.
53. Page RM, Ihasz F, Hantiu I, Simonek J, Klarova R. Social Normative Perceptions of alcohol use and episodic heavy drinking among Central and Eastern European Adolescents. **Substance Use & Misuse**. 2008;43(3-4):361-373.

54. Terra MB, Barros HMT, Stein AT, Figueira I, Athayde LD, Silveira DX. Predictors of relapse in 300 Brazilian alcoholic patients a m6-month follow up study. **Substance Use & Misuse** 2008; 43(3-4):403-411.
55. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID. **Dependência: o que é dependência?** Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo. http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/dependencia.htm. Acesso em 29 de Abril de 2017.
56. Ferreira, ACZ; Borba, LO; Capistrano, FC; Czarnobay, J; Maftum MA. Factors that interfere in patient compliance with chemical dependence treatment: health professionals' perceptions. **Rev Min Enferm.** 2015;19(2):150-156.
57. Aljumah K, Ahmad Hassali A, AlQhatani S. Examining the relationship between adherence and satisfaction with antidepressant treatment. **Neuropsychiatr Dis Treat** 2014;10:1433-8.
58. Berry DL, Blonquist TM, Hong F, Halpenny B, Partridge AH. Self-reported adherence to oral cancer therapy: relationships with symptom distress, depression, and personal characteristics. **Patient Preference and Adherence** 2015;9:1587–1592.
59. Yang A, Wang B, Zhu G, Jiao Z, Fang Y, Tang F, Ma C, Zhao Y, Cheng C, Zhong M. Validation of Chinese version of the Morisky medication adherence scale in patients with epilepsy. **Seizure** 2014;23(4):295-9.
60. Golan DE, Tashjian AH, Armstrong EJ. **Princípios de Farmacologia - A Base Fisiopatológica da Farmacoterapia - 2ª Ed.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009
61. Kantorski LP, Guedes AC, Feijó AM, Hisse CN. Negotiated medication as a therapeutic resource in the work process of a psycho-social care center: contributions to nursing. **Texto Contexto-Enferm** 2013;2(4):1022-1029.
62. Cardoso L, Galera SAF. Mental patients and their profile of compliance with psychopharmacological treatment. **Rev Esc Enferm USP** 2009; 43(1):154-60.
63. Braga DS, Borges KDM, Iodes AMF, Freitas RM. Estudo do uso racional medicamentos por usuários do centro de atenção psicossocial – CAPS VI. **Infarma** 2005;17(7-9):74-77.

Tabela 1 - Caracterização dos dependentes químicos (n=30) do CAPSad segundo o Perfil Sociodemográfico. Lagarto-SE, 2016.

Características	Variáveis	N	%
Gênero	Feminino	2	6,7
	Masculino	28	93,3
Faixa Etária	18 – 29	4	13,3
	30 – 39	8	26,7
	40 – 49	8	26,7
	50 – 59	8	26,7
	60 ou mais	1	3,3
	Ausente	1	3,3
Escolaridade	Analfabeto	17	56,7
	Ensino Fundamental Incompleto	10	33,3
	Ensino Fundamental Completo	2	6,7
	Ensino Médio Completo	1	3,3
Situação Ocupacional Atual	Empregado	14	46,7
	Desempregado	12	40,0
	Aposentado	4	13,3

Tabela 2- Caracterização dos dependentes químicos (n=30) do CAPSad segundo a prática de atividades físicas. Lagarto-SE, 2016.

Características	Variáveis	N	%
Prática atividade física	Sim, Raramente	3	10,0
	Sim, 1 vez / semana	5	16,7
	Sim, 3 a 4 vezes / semana	3	10,0
	Sim, >5 vezes / semana	2	6,7
	Não	17	56,7

Tabela 3 – Caracterização dos dependentes químicos (n=30) do CAPSad segundo o Consumo de drogas lícitas e ilícitas. Lagarto-SE, 2016.

Características	Variáveis	N	%
Consumo de Tabaco	Sim, <5 cigarros / dia	4	13,3
	Sim, de 5 a 10 cigarros / dia	7	23,3
	Sim, de 11 a 20 cigarros / dia	7	23,3
	Sim, >20 cigarros / dia	2	6,7
	Não	10	33,3
	Total	30	100,0
Consumo de Álcool	Sim, 1 vez / semana	7	23,3
	Sim, 3 vezes / semana	3	10,0
	Sim, 1 vez / dia	2	6,7
	Sim, >1 vez / dia	11	36,7
	Não	7	23,3
	Total	30	100,0
Consumo de Cannabis	Sim, Raramente	1	3,3
	Sim, 1 cigarro / semana	2	6,7
	Sim, >1 cigarro / dia	8	26,7
	Não	19	63,3
Consumo de Cocaína	Sim, Raramente	1	3,3
	Sim, 1 vez / semana	2	6,7
	Sim, 3 vezes / semana	1	3,3
	Não	26	86,7
Consumo de Crack	Sim, Raramente	4	13,3
	Não	26	86,7

Tabela 4 – Caracterização dos dependentes químicos (n=30) do CAPSad segundo a adesão ao tratamento medicamentoso através da MMAS-8. Lagarto-SE, 2016.

Perguntas	Antes		Depois		<i>p</i> *
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	
Você às vezes esquece de tomar alguns de seus medicamentos psicotrópicos?	19 (63,3)	11 (36,7)	14 (46,7)	16 (53,3)	<i>0,125</i>
Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus medicamentos psicotrópicos?	19 (63,3)	11 (36,7)	11 (36,7)	19 (63,3)	<i>0,008</i>
Você já parou de tomar seus medicamentos ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?	17 (56,7)	13 (43,3)	10 (33,3)	20 (66,7)	<i>0,039</i>
Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos psicotrópicos?	20 (66,7)	10 (33,3)	12 (40,0)	18 (60,0)	<i>0,021</i>
Você tomou seus medicamentos psicotrópicos ontem?	15 (50,0)	15 (50,0)	22 (73,3)	8 (26,7)	<i>0,118</i>
Quando sente-se bem, você às vezes para de tomar seus medicamentos psicotrópicos?	21 (70,0)	9 (30,0)	13 (43,3)	17 (56,7)	<i>0,039</i>
Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento com esses medicamentos psicotrópicos?	4 (13,3)	26 (86,7)	2 (6,7)	28 (93,3)	<i>0,500</i>

*Teste McNemar

Tabela 5: Caracterização dos dependentes químicos (n=30) do CAPSad segundo a dificuldade para se lembrar de tomar todos os medicamentos psicotrópicos. Lagarto-SE, 2016.

		Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Sempre	<i>p</i> *
Antes da IF	N	5	8	6	1	10	0,005
	N%	16,7	26,7	20,0	3,3	33,3	
Depois da IF	N	11*	6	9	0	4*	
	N%	36,7	20,0	30,0	0,0	13,3	

* Wilcoxon Signed Rank Test

Tabela 6: Caracterização dos dependentes químicos (n=30) do CAPSad segundo a quantidade de fármacos prescritos. Lagarto-SE, 2016.

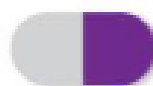
	Variável	Nº	N%
Quantidade de Psicotrópicos Prescritos	1	11	36,7
	2	11	36,7
	3	4	13,3
	4 ou mais	3	10,0
	Não Respondeu	1	3,3

Tabela 7: Tipos de medicamentos psicotrópicos utilizadas dependentes químicos (n=30)
do CAPSad. Lagarto-SE, 2016

	Carbamazepina	10	17,5
	Clonazepam	2	3,5
	Cloridrato de Amitriptilina	1	1,8
	Decanoato de Haloperidol	1	1,8
Frequência de Uso dos Psicotrópicos	Diazepam	14	24,6
	Fenobarbital	2	3,5
	Haloperidol	10	17,5
	Levomepromazina	8	14,0
	Prometazina	8	14,0
	Cloridrato de Fluoxetina	1	1,8

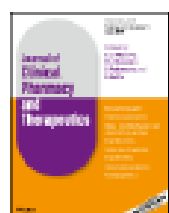
ANEXO

Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics



Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics

© John Wiley & Sons Ltd



Edited By: A. Li Wan Po

Impact Factor: 1.833

ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2015: 163/255 (Pharmacology & Pharmacy)

Online ISSN: 1365-2710

Author Guidelines

1. General

The *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics (JCPT)* provides a forum for clinicians, pharmacists and pharmacologists to explore and report on issues of common interest. It welcomes five main types of articles

- Editorials
- Original research
- Review articles (Including Mini-reviews)
- Commentaries
- Case reports

As our main interest is on novelty, irrespective of the type of contribution, the sub-headings should identify what is known and what is new. A clear description of these aspects is important as they are used by us to filter submissions at the very first stage. This helps us to return manuscripts quickly to authors for submission elsewhere.

Please read the instructions below carefully for details on the submission of manuscripts, the Journal's requirements and standards as well as information

concerning the procedure after a manuscript has been accepted for publication in *JCPT*.

2. Ethical Guidelines

JCPT has adopted the following ethical guidelines for publication and research.

2.1 Authorship and Acknowledgements

Authorship: Authors submitting a paper do so on the understanding that the manuscript has been read and approved by all authors and that all authors agree to the submission of the manuscript to the Journal.

JCPT adheres to the definition of authorship set up by The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). According to the ICMJE authorship criteria, all named authors should meet the following conditions: 1) substantial contributions to conception and design of, or acquisition of data or analysis and interpretation of data, 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content and 3) final approval of the version to be published. Participation solely in the acquisition of funding or the collection of data does not justify authorship. All people who fulfil the criteria for authorship should be listed as authors. Contributors who do not qualify as authors should be mentioned in Acknowledgements.

The Editors recognise that complex, large-scale and multi-centre research will often result in a significant number of people fulfilling the authorship criteria. However, they reserve the right to ask the lead author to justify the inclusion of more than six authors.

Acknowledgements: Under Acknowledgements please specify contributors to the research/article other than the authors accredited. Please note that research funders are now listed separately under Source of Funding.

2.2 Conflict of Interest and Source of Funding

JCPT requires that sources of financial support for the work reported within the manuscript are fully acknowledged, and any potential conflicts of interest noted.

Conflict of Interest: All manuscripts submitted to the Journal require a statement about authors' conflicts of interest. Please disclose any possible conflict of interest under the heading 'Conflicts of Interest' on the title page of your manuscript. Any reported conflicts of interest will be published in a highlighted box as part of the article. If no conflicts of interest are reported, the box will include the statement "No conflicts of interest have been declared". Possible conflicts of interest include financial interests relating to issues discussed in the manuscript (e.g. patent ownership, stock ownership, consultancies and speaker's fees).

Source of Funding: Authors are required to specify the sources of funding for their research when submitting a manuscript. These include the individuals and organisations that supplied resources for interventions as well as those that funded researcher time and other research costs. All sources of funding should be named and their location (town, state/county, country) included. The information should be provided on the title page of the manuscript and will be disclosed in the published article.

2.3 Appeal of Editorial Decisions

The Editors make careful judgements about the selection of manuscripts for publication, taking into account the extent to which the manuscript is consistent with the aims and scope of the Journal and their own and referees' assessments of the quality of the work and the contribution it is likely to make to knowledge, policy and practice. We are able to accept only a proportion of the manuscripts that are submitted to the Journal, and recognise that authors are often disappointed when we decline to publish their manuscripts. We strongly discourage routine appeals against such decisions. Authors who believe there were serious flaws in our editorial judgement may appeal decisions by e-mailing the editorial office with a detailed explanation of their concerns.

2.4 Permissions

If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these permissions in writing and provide copies to the Publishers.

2.5 Copyright Assignment

If your paper is accepted, the author identified as the formal corresponding author for the paper will receive an email prompting them to login into Author Services; where via the Wiley Author Licensing Service (WALS) they will be able to complete the license agreement on behalf of all authors on the paper.

For authors signing the copyright transfer agreement

If the OnlineOpen option is not selected the corresponding author will be presented with the copyright transfer agreement (CTA) to sign. The terms and conditions of the CTA can be previewed in the samples associated with the Copyright FAQs below: CTA Terms and Conditions http://authorservices.wiley.com/bauthor/faqs_copyright.asp.

For authors choosing OnlineOpen

If the OnlineOpen option is selected the corresponding author will have a choice of the following Creative Commons License Open Access Agreements (OAA):

Creative Commons Attribution Non-Commercial License OAA

Creative Commons Attribution Non-Commercial -NoDerivs License OAA

To preview the terms and conditions of these open access agreements please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author

Services http://authorservices.wiley.com/author/faqs_copyright.asp and

visit <http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright-License.html>.

If you select the OnlineOpen option and your research is funded by The Wellcome Trust and members of the Research Councils UK (RCUK) you will be given the opportunity to publish your article under a CC-BY license supporting you in complying with Wellcome Trust and Research Councils UK requirements. For more information on this policy and the Journal's compliant self-archiving policy please visit: <http://www.wiley.com/boottunderstatement>.

For RCUK and Wellcome Trust authors click on the link below to preview the terms and conditions of this license: [Creative Commons Attribution License QAA](#).

To preview the terms and conditions of these open access agreements please visit the Copyright FAQs hosted on Wiley Author

Services http://authorservices.wiley.com/author/faqs_copyright.asp and

visit <http://www.wileyopenaccess.com/details/content/12f25db4c87/Copyright-License.html>.

3. Submission of Manuscripts

Manuscripts should be submitted electronically

via <http://mc.manuscriptcentral.com/act>. Authors may track the status of their own manuscripts. Complete Instructions for submitting papers are available online and a user ID and password can be obtained from the first visit. Further assistance can be obtained from: support@scholarone.com. If you cannot submit online or have a general query, please contact Professor Alain Li Wan Po (Editor-in-Chief) at alainliwanpo@yahoo.com

Papers do not attract page charges. OnlineOpen is available to authors of primary research articles who wish to make their article available to non-subscribers on publication, or whose funding agency requires grantees to archive the final version of their article. With OnlineOpen, the author, the author's funding agency, or the author's Institution pays a fee (currently \$3000) to ensure that the article is made available to non-subscribers upon publication via Wiley Online Library, as well as deposited in the

funding agency's preferred archive. For the full list of terms and conditions, see <http://olabout.wiley.com/WileyCDA/Section/id-406241.html>.

Prior to acceptance you should not inform the Editorial Office that you intend to publish your paper OnlineOpen. All OnlineOpen articles are treated in the same way as any other article. They go through the Journal's standard peer-review process and will be accepted or rejected based on their own merit.

4. Manuscripts Types Accepted

Original research: Reports in this section should have a structured summary and a main text, both of which must have the following sub-headings: What is known and Objective; Methods; Results and discussion; What is new and Conclusion.

The maximum word-length for reports of original research is 3000 words excluding tables, figures, references and summary. We encourage submission of additional supporting material for online-only publication but this should be clearly identified and labeled as 'Online appendix A1' etc. within the text.

Review articles: These contributions should have a structured summary and a main text both of which must have the following sub-headings: What is known and Objective; Methods; Results and discussion; What is new and Conclusion. If your review is not a systematic review, then it should be submitted as a commentary. A mini-review can be submitted either as a commentary or as a systematic review depending on the methodology used.

The maximum word-length for a Review is 5000 words excluding tables, figures, references and summary. A mini-review is by definition shorter than this but we impose no specific word-length. We encourage submission of additional supporting material for online-only publication but this should be clearly identified and labeled as 'Online appendix A1' etc. within the text.

Commentaries: A commentary should have:

- (I) a structured summary of no more than 150 words with the following subheadings: What is known and Objective; Comment; What is new and Conclusion.
- (II) a main text with the same sub-headings as the summary but with a maximum of 2000 words excluding references.

In both the summary and the main text, the Comment section should make up the bulk of the contribution (> 90%).

Editorials: Generally these are contributed by our own Editors to describe specific

developments at the Journal but may also include invited contributions from leading experts on highly topical subjects for which the novelty is obvious. These expert contributions may vary considerably in length and style so as to ensure particularly rapid publication.

Case reports: A case report should have:

(I) a summary of not more than 100 words

(II) a main text of not more than 1500 words excluding references.

Both sections should have the following sub-headings: What is known and objective; Case description; What is new and Conclusion. In both sections the case-description should make up the bulk (> 90%) of the contribution. We encourage submission of additional supporting material for online-only publication but this should be clearly identified and labelled as 'Online appendix A1' etc. within the text.

Letters: Correspondence is invited. Letters will only be considered if they contain constructive comments on published articles and if they are received in time to allow the authors a right of reply. Publication of correspondence is at the discretion of the Editor.

5. Manuscript Format and Structure

5.1 Format

Language: The language of publication is English. Authors for whom English is a second language should have their manuscript professionally edited by an English speaking person before submission to make sure the English is of high quality. A list of independent suppliers of editing services can be found

at http://authorservices.wiley.com/author/english_language.asp. All services are paid for and arranged by the author, and use of one of these services does not guarantee acceptance or preference for publication.

Units and Spellings: Système International (SI) units should be used, as given in *Units, Symbols and Abbreviations* (4th edition, 1988), published by the Royal Society of Medicine Services Ltd, 1 Wimpole Street, London W1M 8AE, UK. Other abbreviations should be used sparingly and only if a lengthy name or expression is repeated throughout the text. Spelling should conform to that used in *The Concise Oxford Dictionary*, published by Oxford University Press. Authors should strenuously avoid the use of jargon or obscure technical terms.

The typescript should be on A4 paper on one side only, double spaced with a wide margin on each side. The title and short title (to be printed at the head of alternate pages), authors' names, qualifications and the department(s) where the work was

carried out, and the name and full postal address of the author to whom all correspondence should be sent, should be typed on a separate sheet. Please include a telephone, a fax number and an e-mail address.

5.2 References

All references should be numbered consecutively in order of appearance and should be as complete as possible. In text citations should cite references in consecutive order using Arabic superscript numerals. Sample references follow:

Journal article:

1. King VM, Armstrong DM, Apps R, Trott JR. Numerical aspects of pontine, lateral reticular, and inferior olivary projections to two paravermal cortical zones of the cat cerebellum. *J Comp Neurol* 1998;390:537-551.

Book:

2. Voet D, Voet JG. *Biochemistry*. New York: John Wiley & Sons; 1990. 1223 p.

Please note that journal title abbreviations should conform to the practices of Chemical Abstracts.

For more information about AMA reference style, please click [here](#)

5.3 Figures and Tables

Figures: All graphs, drawings and photographs are considered figures and should be numbered in Arabic numerals e.g. Fig. 1, Fig. 2, etc. In order of appearance. Each figure should have a legend and all legends should be typed together on a separate sheet and numbered correspondingly. If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publisher. In the full-text online edition of the Journal figure legends may be truncated in abbreviated links to the full screen version. Therefore the first 100 characters of any legend should inform the reader of key aspects of the figure.

Tables: Clear tables presenting relevant data are welcome. If tables of important data are particularly lengthy (e.g. tables reporting details of a large number of studies included in a systematic review), the Editors may suggest that some are published as supporting online material. Each table must be typewritten on a separate sheet and should be numbered consecutively with Arabic numerals, e.g. Table 1, and given a short caption. No vertical rules should be used. Units should appear in parentheses in

the column headings and not in the body of the table. All abbreviations should be defined in a footnote.

Electronic Artwork: We would like to receive your artwork in electronic form. Please save vector graphics (e.g. line artwork) in Encapsulated Postscript format (EPS), and bitmap files (e.g. half-tones) in Tagged Image File Format (TIFF). Ideally, vector graphics that have been saved in metafile (.WMF) or pict (.PCT) format should be embedded within the body of the text file.

Further information can be obtained at Wiley Blackwell's guidelines for figures: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/illustration.asp>.

5.4 Colour Artwork

It is the policy of the JOPT for authors to pay the full cost for the reproduction of their colour artwork. Therefore, please note that if there is colour artwork in your manuscript when it is accepted for publication, Wiley Blackwell require you to complete and return a [Colour Work Agreement](#) form before your paper can be published.

Any article received by Wiley Blackwell with colour work will not be published until the form has been returned. If you are unable to access the Internet, or are unable to download the form, please contact the Production Editor for a form. In compliance with the Payment Card Industry Data Security Standard, the Colour Work Agreement Form should be sent by post or courier to the address below, should you require colour:

Customer Services (OPI)
John Wiley & Sons Ltd
European Distribution Centre
New Era Estate
Oldlands Way
Bognor Regis
West Sussex PO22 9NQ8

5.5 Supporting Information

Supporting Information can be a useful way for an author to include important but ancillary information with the online version of an article. Examples of Supporting Information include additional tables, data sets, figures, movie files, audio clips, 3D structures, and other related nonessential multimedia files. Supporting Information should be cited within the article text, and a descriptive legend should be included. It is published as supplied by the author, and a proof is not made available prior to

publication; for these reasons, authors should provide any Supporting Information in the desired final format.

For further information on recommended file types and requirements for submission, please visit: <http://authorservices.wiley.com/bauthor/supinfo.asp>.

6. After Acceptance

Upon acceptance of a paper for publication, the manuscript will be forwarded to the Production Editor who is responsible for the production of the Journal.

Online Production Tracking: Online production tracking is available for your article through Wiley Blackwell's Author Services. Author Services enables authors to track their article — once it has been accepted — through the production process to publication online and in print. Authors can check the status of their articles online and choose to receive automated e-mails at key stages of production. Authors will receive an e-mail with a unique link that enables them to register and have their article automatically added to the system. Please ensure that a complete e-mail address is provided when submitting the manuscript. Visit <http://authorservices.wiley.com/> for more details on online production tracking and for a wealth of resources including FAQs and tips on article preparation, submission and more.

Proof Corrections: The corresponding author will receive an e-mail alert containing a link to a website. A working e-mail address must therefore be provided for the corresponding author. The proof can be downloaded as a PDF (portable document format) file from this site.

Acrobat Reader will be required in order to read this file. This software can be downloaded (free of charge) from the following website: www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html. This will enable the file to be opened, read on screen, and printed out in order for any corrections to be added. Further instructions will be sent with the proof. Hard copy proofs will be posted if no e-mail address is available; in your absence, arrange for a colleague to access your e-mail to retrieve the proofs.

Early View Publication: JCPPT is covered by Wiley Blackwell's Early View service. Early View articles are complete full-text articles published online in advance of their publication in a printed issue. Early View articles are complete and final. They have been fully reviewed, revised and edited for publication, and the authors' final corrections have been incorporated. Because they are in final form, no changes can be made after online publication. The nature of Early View articles means that they do not yet have volume, issue or page numbers, so these articles cannot be cited in the traditional way. They are given a Digital Object Identifier (DOI), which allows the article

to be cited and tracked before it is allocated to an issue. After print publication, the DOI remains valid and can continue to be used to cite and access the article.

Search Engine Optimization for Your Paper: By optimizing your article for search engines, you will increase the chance of someone finding it. This in turn will make it more likely to be viewed and/or cited in another work. Consult our [SEO Tips for Authors page](#) in order to maximize online discoverability for your published research. Included are tips for making your title and abstract SEO-friendly, choosing appropriate keywords, and promoting your research through social media.

Offprints: Free access to the final PDF offprint of your article will be available via Author Services only. Please therefore sign up for Author Services if you would like to access your article PDF offprint and enjoy the many other benefits the service offers. Additional paper offprints may be ordered online. Please click on [this link](#), fill in the necessary details and ensure that you type information in all of the required fields.

If you have queries about offprints, please email offprint@cosorprinters.com.

Note to NIH Grantees: Pursuant to NIH mandate, Wiley Blackwell will post the accepted version of contributions authored by NIH grant-holders to PubMed Central upon acceptance. This accepted version will be made publicly available 12 months after publication. For further information, see www.wiley.com/nihamandate.

Author Material Archive Policy: Please note that unless specifically requested, Wiley Blackwell will dispose of all hardcopy or electronic material submitted two months after publication. If you require the return of any material submitted, please inform the Editorial Office or Production Editor as soon as possible if you have not yet done so.

Clinical Case Reports: We work together with Wiley's Open Access Journal, *Clinical Case Reports*, to enable rapid publication of good quality case reports that we are unable to accept for publication in our Journal. Authors of case reports rejected by our Journal will be offered the option of having their case report, along with any related peer reviews, automatically transferred for consideration by the *Clinical Case Reports* Editorial Team. Authors will not need to reformat or rewrite their manuscript at this stage, and publication decisions will be made a short time after the transfer takes place. *Clinical Case Reports* will consider case reports from every clinical discipline including Medicine, Nursing, Dentistry, and Veterinary Science and may include clinical images or clinical videos. *Clinical Case Reports* is a Wiley Open Access Journal and article publication fees apply. For more information please go to www.clinicalcasesjournal.com.